



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
**AVISO DE NEGACIÓN DE LA SOLICITUD DE
INSCRIPCIÓN A LA EXENCIÓN DE SERVICIOS
BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HCBS)**
HCBS WAIVER ENROLLMENT REQUEST NOTICE OF DENIAL

FECHA:

PARA:

EN REFERENCIA A:

El solicitó que se lo inscribiera en el programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD). La División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) podrá documentar su solicitud en la base de datos del estado únicamente si DDD determina que usted posee necesidades que requieren un nivel de atención proporcionado por una Instalación de Cuidado Intermitente para Personas con Retraso Mental (ICF/MR) (WAC 585-845-0070)

DDD determinó que usted es inelegible debido a que no cumple con el nivel de atención para Instalaciones de Cuidado Intermitente para Personas con Retraso Mental (ICF/MR), conforme WAC 388-845-0070 al 388-845-0096.

Podría solicitar que se lo inscriba en una exención de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) si sus necesidades cambiaran.

Si no está de acuerdo con esta decisión, debe presentar la solicitud adjunta para una apelación dentro de noventa (90) días a partir de la fecha en que recibió este aviso.

Llame si tuviera preguntas o inquietudes.

Administrador de Caso/Recursos

Número de teléfono



SOLICITUD PARA APELAR EL AVISO DE NEGACIÓN DE INSCRIPCIÓN A LA EXENCIÓN DE HCBS DE DDD

Según Capítulo 388-02 de las normas de DSHS sobre audiencias imparciales.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ENVIAR A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Solicito una audiencia debido a que estoy en desacuerdo con la siguiente decisión de servicio tomada por la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD):

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO PARA MENSAJES

Se me notificó en cuanto a la decisión el: _____ a través de: _____
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

Deseo asistencia continua, si fuera elegible: Sí No Programa: _____

La persona que me representa es (si fuera a representarse a sí mismo, no llene las dos líneas siguientes):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE

ORGANIZACIÓN

NÚMERO TELEFÓNICO

DOMICILIO CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Autorizo la cesión de información sobre la audiencia a mi representante.

SU FIRMA

FECHA

¿Necesita los servicios de un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia? Sí No

De ser sí, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia necesita? _____

Los Jueces del Fuero Administrativo (ALJ) pudieran llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar la audiencia a una en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencias que la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le enviará por correo.